Notificar a: vigilancia.sanitaria@asturias.org

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Tel: 985 10 65 04 – 985 10 63 23

 Fax: 985 10 63 20

**ANEXO I: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE BOTULISMO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha encuesta | Haga clic aquí para escribir una fecha. |  Encuestador |  |
| Fecha primera notificación | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Médico que notifica |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y apellidos del caso** |  |
| **CIPA/NHC** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  | **Edad** |  | **Sexo** | Varón [ ]  | Mujer[ ]  | Otro [ ]  |
| **Domicilio** |  |  **Localidad** |  |
| **Concejo** |  |  **Teléfono** |  |  **Área Sanitaria** |  |
| **País de nacimiento** |  | Año llegada a España |  |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha del caso** | Haga clic aquí para escribir una fecha.Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Fecha de inicio de síntomas** |
| **Clínica** | [ ]  Síntomas de neuropatía craneal bilateral[ ]  Parálisis flácida simétrica descendente[ ]  Síntomas de disfunción autonómica[ ]  Letargo, astenia[ ]  Clínica gastrointestinal[ ]  Otros (describa):  |
| **Hospitalizado** | [ ] Sí [ ]  No | Fecha ingresoHaga clic aquí para escribir una fecha. | Hospital:  |
| **Defunción** | [ ] Sí [ ]  No | Fecha defunción Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Tratamiento específico**[ ]  Administración de antitoxina botulínica equina[ ]  Administración de antitoxina botulínica humana[ ]  Administración de antitoxina sin especificar[ ]  No**Tratamiento específico anterior a la toma de muestras**[ ]  Si [ ]  No |
| **Lugar del caso** |  |  |  |
| País |  |  Comunidad autónoma |  |
| Provincia |  |  Municipio |  |
| Importado | [ ] Sí [ ]  No |

**DATOS DE LABORATORIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de diagnóstico de laboratorio** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Agente causal** |  [ ]  *Clostridium* *botulinum* [ ]  *Clostridium baratii* [ ]  *Clostridium butirycum*  |
| **Tipo de muestra** |  [ ]  Aspirado gástrico [ ]  Heces [ ]  Herida [ ]  Muestra normalmente estéril, sin especificar [ ]  Muestras no estériles, sin especificar [ ]  Suero |
| **Prueba** |  [ ]  Aislamiento [ ]  Detección de toxina en bioensayo en ratón ☐ Detección de toxina por PCR |  |
|  |
|  |
| **Toxina botulínica** [ ] A [ ] B [ ] E [ ] F [ ] Sin especificar |  |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia** | [ ]  Sí[ ]  No | **Nº Referencia** |

 |

**DATOS DEL RIESGO**

|  |
| --- |
| **Exposición** (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión) [ ]  Consumo de alimento sospechoso (excepto agua de bebida) ☐ Lesión no ocupacional (pinchazo, acupuntura, herida, tatuaje, piercing) [ ]  Laboratorio |
|  [ ]  Otra exposición. Indicar: |  |
| **Alimento sospechoso** ☐ Carne y productos cárnicos, sin especificar ☐ (Productos de) mariscos, crustáceos, moluscos ☐ Miel  ☐ (Productos de) pescado [ ]  Vegetales ☐ Mixtos o buffet [ ]  Otros alimentos, excluyendo agua, especificar: |   |
| **¿El alimento sospechoso es un alimento en conserva?** [ ]  Sí [ ]  NoEspecificar *(si es posible, con datos identificativos como por ejemplo, lugar de adquisición, marca, lote…*):  |

**Tipo de comercialización del alimento:**

[ ]  No comercializado / preparación casera

[ ]  Venta de alimento artesanal

[ ]  Venta de alimento industrial

|  |
| --- |
| **Fecha de consumo alimento** **sospechoso/confirmado**: Haga clic aquí para escribir una fecha. |

**Ámbito de exposición**

|  |  |
| --- | --- |
| **Transporte** | [ ]  Autobús [ ]  Avión[ ]  Barco[ ]  Tren[ ]  Transporte sin identificar |
| **Comedor colectivo** | [ ]  Escuela infantil [ ]  Escuela[ ]  Instalación docente para > 18 años[ ]  Hotel[ ]  Restaurante/Bar[ ]  Otro comedor colectivo[ ]  Otro ámbito, sin especificar |
|  **Otros ámbitos** | [ ]  Granja[ ]  Instalación militar[ ]  Zona específica[ ]  Campamento[ ]  Laboratorio |

|  |  |
| --- | --- |
| **Instituciones cerradas** | [ ]  Geriátrico [ ]  Prisión o custodia[ ]  Hospital[ ]  Instalación sanitaria (salvo hospital)[ ]  Institución para deficientes psíquicos[ ]  Otra institución cerrada |

|  |  |
| --- | --- |
| **Familiar** | [ ]  Hogar[ ]  Camping |

**Datos identificativos del ámbito de exposición** (*por ejemplo, nombre del restaurante, dirección…*):

**Fecha de exposición**: Haga clic aquí para escribir una fecha.

|  |  |
| --- | --- |
| Viaje durante el periodo de incubación | [ ] Sí [ ]  No |
| **Lugar del viaje** |
| País |   |  C. Autónoma |  |  |
| Provincia |  |  Municipio |  |  |
| Fecha de ida | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Fecha de vuelta | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
|  |  |  |  |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

|  |
| --- |
| **Clasificación del caso** [ ] Sospechoso [ ] Probable [ ] Confirmado |

**Criterios de clasificación del caso**

|  |  |
| --- | --- |
| Criterio clínico |  [ ]  Sí [ ]  No  |
| Criterio epidemiológico |  [ ]  Sí [ ]  No  |
| Criterio laboratorio |  [ ]  Sí [ ]  No |
| **Categoría diagnóstica** [ ]  Botulismo Alimentario [ ]  Botulismo Intestinal ☐ Botulismo por Herida [ ]  Botulismo sin especificar |
| **Asociado a brote** |  [ ]  Sí [ ]  No  |
| Identificador del brote: |   |  C. Autónoma de declaración del brote | : |

**OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
|   |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a vigilancia.sanitaria@asturias.org

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20